

Acil Birimlerde Triyaj (*)

Triage in Emergency Units

Neriman Akyolcu**

İletişim / Correspondence: Neriman Akyolcu, Adres / Address: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Abide-i Hürriyet Cad. 34360 Şişli/İST Tel: 0 212 440 00 00 /27066 Faks: 0 212 224 49 90 E-mail: nakyolcu@yahoo.com

ÖZ

Trijaj, acil birime başvuran bireylerde hastalık ya da travmanın şiddetini tanımlamak ve yaşam riski en fazla olanları belirlemek için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir. Acil tedavi ve bakım gerektiren hastalardan, bekleyebilen hastalara kadar farklı sınıflamaları içeren triyajda, büyük bir sıklıkla “çok acil, acil, acil değil” hastaları içeren 3 aşamalı sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır.

Acil birimdeki hasta ya da yaralıların kısa sürede uygun sağlık bakımı almasında önemli bir yeri olan triyaj sisteminin etkinliği, tedavi ve bakım girişimlerinin başlatıldığı yeterli ve donanımlı bir alan, destek birimleri, iletişim sistemleri ve farklı disiplinlerden profesyonel ekip üyelerinin varlığı ile olasıdır. Triyajda sorumluluk alan hemşirelerin, gelişmiş tanılama becerisinin, iyi bir görüşmeci ve organizasyon yeteneğinin olması, hastalıklara ilişkin kapsamlı temel bilgisinin ve hastanın aciliyeti ile ilgili açıkça görülmeyen ipuçlarını belirleyebilme becerisinin olması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Triyaj, Hemşirelik, Acil birim.

ABSTRACT

Triage is dynamic and consistently a process used to determine severity of illness or injury and life-threatening conditions for each patient who enters the emergency department. Triage consist different classifications which include patients rangers from emergent to expectant. The most common system uses three classification levels; emergent, urgent and nonurgent.

Triage system has very important which is rapid available health care and treatment to patients or injured person in emergency units. The effective triage system may be provided as areas with availability and equipment, treatment and care support services, communication systems and multidisciplinary professional team. Nurses who takes responsibility must have expert assesment skills, competant interview, organizational skills, extensive knowledge base of disease and use experience to identify subtle clues to patient acuity.

Key Words: Triage, Nursing, Emergency units.

GİRİŞ

Trijaj, acil birime başvuran bireylerde, hastalık ya da yaralanmanın şiddetini tanımlamak ve yaşam riski en fazla olanların belirlenmesini sağlamak için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir. Başka bir anlatımla, hasta ya da yaralının, tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla, sağlık bakım kurumlarındaki kaynakların

doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasını sağlayan sınıflandırma sistemidir. Triyaj hızlı tanımlama ve kısa görüşme üzerine temellendirilmiş klinik önceliktir; tedavi bitinceye kadar her tıbbi basamakta yeniden yapılır.

Trijaj Fransızca seçme/sınıflandırma anlamını taşıyan “Tries” sözcüğünden türetilmiştir. İlk kez, Fransız ordusunda yaralı askerlere “açık hastane” ortamı oluşturulmasında kullanılan triyaj, ABD

(*) 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumunda sunulmuştur. Gaziantep, 24-27 Kasım

(**) Prof. Dr. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ordusunda ise savaş alanından uzaktaki destek hastanesine gönderilecek yaralı askerlerin seçme/ayırma işleminin yapıldığı merkezi tanımlamak için kullanılmıştır.

II.Dünya Savaşından sonra triyaj, tıbbi girişim sonrası savaş alanına geri dönme olasılığı yüksek olanları belirlemek için kullanılan “süreç” anlamına kavuşmuş; bu gelişme, savaşa geri dönecek askerler için tıbbi kaynakların artırılmasına neden olmuştur. Son olarak, Kore ve Vietnam Savaşlarında bu kavram, yaralı asker ya da bireyler arasında “öncelikli olanların belirlenmesi” olarak arındırılmıştır (Bracken 2003).

Sivil alanda triyaj, günlük triyaj ve afet triyajı olmak üzere iki farklı şekilde kullanılmaktadır. Sel baskınları, kasırgalar, depremler, bombardımanlar, bina yıkılmaları / çökmeleri, yangınlar, uçak kazaları, motorlu taşıt kazaları ve hortumları kapsayan afetlerdeki triyaj, çok sayıdaki yaralılar arasından en fazla yararlanabilecekleri seçmeyi hedefleyen askeri triyaja benzerlik gösterir. Ancak tablo 1'de görüldüğü gibi, önceliklerin belirlenmesindeki 2 triyaj tipi arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Afet sırasında, acil birimler-

deki yığılmayı engellemek için bazı kazazedelerin nakli istemli olarak geciktirilir (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Heckman et al 1996, Olgun 1998).

Savaş yıllarından sonra, felaket olaylarının dışında triyaj, ilk kez 1963'te ABD'de Yale Newhaven Hastanesinin acil departmanında kullanılmıştır. Bu tarihten günümüze değin, acil birimlere başvuran hasta sayısında (1958'de 18 milyon; 1968'de 44 milyon[↑]; 1990'da 99 milyon[↑]) izlenen artış, triyajın gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur (Bracken 2003). Çünkü acil birimlere, acil olmayan hastaların da başvurması, primer tedavi ve bakım birimlerine yeterince ulaşamaması gibi nedenler, bu birimlere başvuran hasta sayısının artışında etkili olmuştur. Acil birimlerin yükünü artıran bu tür başvuruların elimine edilmesinde etkili bir yöntem olan triyaj, acil tedavi ve bakımı gerektiren hastalardan, bekleyebilen hastalara kadar farklı sınıflamaları içeren bir süreç olarak geliştirilmiştir (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Newbary 2000, Olgun 1998).

Tablo 1. Askeri / Ordu ve Afet Triyajında Önceliklerin Karşılaştırılması

Öncelik	Askeri Triyaj	Afet Triyajı
1	Acil Bakım Şok, hava yolu sorunu, göğüs yaralanması, basınç yaralanmaları, ampütasyon, açık kırık	Sınıf I (Çok Acil) Kırmızı, Kritik; yaşamı tehdit eden havayolu sorunu, şok, kanama, kardiyovasküler sorunlar
2	Minimal Bakım Az ya da hiç tedavi gerektirmez	Sınıf II (Acil) Sarı Önemli hastalıklar ya da yaralanmalar; 30 dakika ile 2 saat içinde tedavi gerektirir, açık kırık, göğüs yarası, periton içi kanama
3	Ertelenmiş / Geciktirilmiş Bakım Yaşam kaybı olmaksızın tedavi ertelenebilir; kritik olmayan-basit kırık, kanamasız laserasyon	Sınıf III (Acil değil) Yeşil Bakım 2 saat ya da daha fazla geciktirilebilir; küçük yaralanmalar; yürüyüş yaralanmaları-kapalı kırık, incinme, burkulma.
4	Bekletilen Bakım Hemen tedavi gerektirmez, hastanın bakım öncelikleri geciktirilebilir; oldukça zaman, çaba ve destek gerektirir.	Sınıf IV (Bekleyebilen) Siyah Ölmüş ya da ölümü bekleyen-ağır kafa travması, geniş tam kalınlıklı yanıklar kardiyovasküler arrest.

Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby, p. 76.

Triyaj Sistemleri

Acil birime başvuran hastaların kısa sürede uygun sağlık bakımı almasında önemli bir yeri olan triyaj sisteminin etkinliği, hastanın değerlendirildiği, tedavi ve bakım girişimlerinin başlatıldığı yeterli bir alan, destek birimleri, iletişim sistemleri ve farklı disiplinlerden profesyonel ekip üyelerinin varlığı ile olasıdır.

Triyaj sisteminin öncelikli amacı, acil, yaşamı tehlikede olan hastaların hızla belirlenmesini sağlamaktır. Tüm hastaların tedavileri için en uygun alanın hazırlanması, öncelikli bakım girişimlerinin belirlenmesi ve acil birimlerde hasta akışının düzenlenmesi triyaj sisteminin tamamlayıcı amaçları arasında yer alır (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Gerdz and Bucknall 1999, Selfridge-Thomas 2001).

Herhangi bir triyaj sisteminin *birincil ve ikincil* olmak üzere iki türlü fonksiyonu vardır. *Birincil fonksiyonları* kapsamında, tanılama, hastanın başlıca şikayetini ve ilgili semptomları tekrar tanılama, kısa bir öykü alma, fiziksel muayene yapma ve yaşam bulgularını ölçme gibi uygulamalar yer alır. *İkincil fonksiyonları* ise; kayıtlarla ilgili sorumluluklar, direktifler, telefon önerileri, ambulansa hasta değerlendirmesi, ambulans gönderme, araç-gereç depolama ve sürekliliğinin sağlanması, ka-

labalığın kontrolü, güvenlik ve danışmanlık hizmetlerini içerir (Bracken 2003).

Triyaj sistemini kuşatan tüm bu fonksiyonların sınırları, günlük başvuran hasta sayısı, çalışanların yeterliliği/uygunluğu, poliklinikler ya da gününbirlik cerrahi kliniklerinin bulunması, sağlık bakım çalışanlarının niteliği ve uygunluğu, özel tedavi alanlarının kullanılabilirliği, çevresel, yasal ve yönetsel sıkıntılar/zorlukların varlığına bağlı olarak değişir.

Acil birimlerde çok sık olarak kullanılan triyaj sistemleri, Thompson ve Dains (1982) in tanımlamasında;

✓ Tip I-Trafik yönetimi,

✓ Tip II-Aralıklı tanılama,

✓ Tip III-Kapsamlı, olmak üzere 3 kategoride ele alınır (Tablo 2).

Tablo 2'de, acil kategorileri, çalışanların özellikleri, dökümantasyon koşulları, hasta tanılama ve tekrar tanılama kriterleri ve triyaj sisteminde kullanılan tanı işlemlerinin karşılaştırılması yer almaktadır (Bracken 2003).

Tablo 2. Triyaj Sistemlerinin Karşılaştırılması

Öğeler	Tip I: Trafik Yönetimi	Tip II: Aralıklı Tanılama	Tip III: Kapsamlı Tanılama
TANILAMA			
Görevli	Profesyonel değil	Uzman hemşire ya da hekim	Uzman hemşire
Veri	Başlıca şikayet	Esas şikayet:Subjektif ve objektif verilerle sınırlı	Tanılama yoluyla: Eksiksiz, subjektif ve objektif veriler; eğitim gereksinimleri; primer sağlık gereksinimleri

Tablo 2. Devam

ANALİZ			
Acil Kategorileri	İki kategori: Acil, acil değil	3 kategori: acil, acil değil, gecikmiş	4 kategori: (I:-4.sınıfa kadar)
Hemşirelik	Yok	Yok	Yok
Tanısı			
PLANLAMA			
Alternatifler	Tedavi odası, bekleme bölümü	Tedavi odası, bekleme bölümü, triyajdan ayrılma ve işlem odası	Tedavi odası, tanılamamın yapıldığı bekleme odası, tanılamamın yapıldığı bekleme odası
Tanı İşlemleri	Yok	Düzensiz	Protokol doğrultusunda
Dökümantasyon	Çok az, düzensiz	Değişken	Sistemik
DEĞERLENDİRME			
Tekrar Değerlendirme	Yok	Planlı değil, hasta gerektirirse	Planlı, sistemik
Sistem	Zor	Değişken	Sistemik

Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby, p. 76.

Kapsamlı triyaj sistemi, triyaj değerlendirmesini dökümantate eden, triyajda önceliği belirleyen, tedavi alanlarının tasarımını yapan ve görüşme yapmak için hastayı ilk kabul eden hemşireye, tek sıralı sistem oluşturarak hasta ile uyumlu çalışma sağlarken, hasta sahipleri ile çatışmayı önler. Triage sınıflaması, hastanın tıbbi ya da triyaj kayıtları üzerine dökümantate edilir. Triage hemşiresi, triyaj protokollerini ve gerekli girişimleri başlatır. Kapsamlı triyaj sisteminde triyaj alanının, hasta kapıdan girdiğinde hemşirenin görebileceği ve hasta ile görüşme sırasında girişimde bulunulmasını sağlayacak ve gizliliğini koruyacak büyüklükte olması gerekir. Bu sistemde, hasta akışında sürekliliği sağlamak için, büyük acil birimlerde çok sayıda triyaj hemşiresine gereksinim vardır (Bracken 2003, Selfridge-Thomas 2001).

Çok aşamalı triyaj sistemi bazı büyük acil birimlerde, yaşamı, görme duyusu ve organı tehdit al-

tında olan hastaların hızla belirlenmesini sağlayarak, hasta akışını hızlandıran bir yaklaşımdır. Bu sistemde acil birime gelen hastayı ilk olarak triyaj hemşiresi görür, hastanın temel şikayetini ve onun yaşamını, görme duyusunu ve organlarını doğrudan tehdit eden durumları saptamak için hızla tanılama işlevini gerçekleştirir. Durumun ciddiyeti görsel olarak belirlenir, hastanın kısa bir öyküsü alınır, nabızın niteliği ve cilt kontrol edilir. İlk aşamada triyaj görüşmesi ve yaşam bulgularının kontrolü yapılmaz. Eğer hasta acil dikkat gerektirmiyorsa, triyaj görüşmesi için sistemin ikinci aşamasına gönderilir ve kayıttan önce yaşam bulguları alınarak triyaj protokolleri başlatılır. Çok aşamalı sistemde triyaj hemşiresi, geniş/ayrıntılı triyaj değerlendirmesiyle zaman kaybetmez, acil birime gelen herkesle görsel olarak ilişki kurar ve acil bakım/dikkat gerektiren hastaları hızla belirler (Bracken 2003, Newbary 2000, Selfridge-Thomas 2001).

Acil birimin yapısı, sistemi destekleyici özellikte olmalıdır. Hasta acil birime geldiğinde hastayı ilk karşılayan sağlık profesyonelinin triyaj hemşiresi olması için, triyaj alanının giriş kapısının yanında olması gerekmektedir. Çok aşamalı sistem kullanıldığında, hastanın kabul edildiği ilk bölüm, güvenlik önlemleri ya da triyaj hemşiresinin gereksiz hava akımıyla karşılaşması dikkate alınmaksızın, giriş kapısına görsel olarak erişmeyi sağlamalıdır. Bu süreç, hasta için herhangi bir gecikme yaratmaksızın ilk adımdan, son aşamaya kadar, akıcı olmalıdır (Bracken 2003, Eley D et al. 2005, Sözüer 1997).

Sınıflandırma Sistemleri

Triyaj sürecinde, bakımda önceliği ve ciddiyeti belirlemenin yanısıra bakım ve iletişimde birlikteliği sağlamak, durum ya da koşulların anlaşılmasını kolaylaştırmak için farklı sınıflandırma sistemleri kullanılır. Büyük bir sıklıkla kullanılan 3 aşamalı sistemde; hastalar “Çok Acil” “Acil” ve “Acil Değil” şeklinde sınıflandırılmaktadır (Tablo 3). Kapsamlı triyaj sisteminde 4 ya da daha fazla sayıda kategori içeren sınıflamalar kullanılmaktadır. Bu acil kategorilerinin tanımlama, yeniden tanımlama ve hastalık tiplerini kapsayan özet, tablo 4’de görülmektedir (Bracken 2003).

Tablo 3. Acil Kategorileri

Kategori	Tanım
Çok Acil	Hemen bakım gerektirir; durum yaşamı tehdit edici ve ciddidir.
Acil	Mümkün olan en kısa sürede bakım gerektirir. Tehlikeli görünen durum, yaşam için tehdit edici olmayabilir ancak akut girişim gerektirir
Acil Değil	Rutin bakım gerektirir; durum yaşamı tehdit edici değildir; bakım bekleyebilir/geciktirilebilir.

Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby, p. 77.

Tablo 4. Kapsamlı Triyaj: 4 Önemli Kategori

Sınıf	I	II	III	IV
Tanımlayıcı	Hemen; yaşamı tehdit edici	Stabil; mümkün olan en kısa sürede	Stabil; distres yok	Stabil; distres yok
Yeniden Değerlendirme	Sürekli	Her 15 dakikada bir	Her 30 dakikada bir	Her 60 dakikada bir
Örnekler	Kardiyak arrest, majör travma, solunum distresi, majör yanık	Açık kırık, ağrı, minör yanık, abdominal cerrahi, sickle cell kriz, çocuk ve ateş	Kapalı kırık, kanamasız laserasyon, bulgu ve semptom vermeyen ve oluşumundan 3 saatten fazla süre geçen ilaç içimleri	İsilik, konstipasyon, impetigo, abrazyon, ajitasyon

Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby, p. 77.

Sınıflama sayısının fazla olması, daha çok ayırt edici olarak acil birimlere, hastanın gereksinimlerini karşılayabilme olanağı vermektedir. Tablo'de acil birimlerde kullanılacak triyajın, aciliyet durumu, renk kodları ve sıralama esas alınarak yapılan bir sınıflandırma sistemi de yer almaktadır.

Triyaj Çalışanları

Acil birimlerin triyaj uygulamalarını kolaylaştıracak, sağlık çalışanı ve fiziksel donanım açısından yeterli olması gerekmektedir. Tarihsel gelişimi içinde triyaj, resepsiyonistler, koğuş sekreterleri, yardımcı hemşireler, acil tıbbi teknisyenler, lisanslı/ önlisanslı uygulama hemşireleri, hekimler ve diğer çalışanlar tarafından oluşturulmuştur. 1985'te COBRA (Consolidated Omnibus Reconciliation Act) olarak ifade edilen kongrede, acil birime gelen hastaların finans, sağlık güvencesi ya da ödeme gücü olup, olmadığına bakılmaksızın sağlık taramalarının yapılması kararı alınmıştır (Bracken 2003). Tıbbi taramanın ve öncelikli bakımın sağlanmasında, çoğunlukla uzman bir hemşirenin sorumluluk alması önerilmektedir. Ancak, sadece hekimlerin ya da hekim ile hemşirenin birlikte sorumluluk aldıkları triyaj uygulamaları da bulunmaktadır. Acil hemşireliği uygulama standartlarında, her bir hastanın triyajının uzman bir hemşire tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir. Triyaj, bu işlem için ayrılmış bir hemşire ya da acil birimde çalışan tüm hemşireler tarafından oluşturulabilir. Acil birime başvuran bireylerin doğru, etkin tedavi ve bakım hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak ve triyaj öncesi süreyi kısaltarak, hasta akışını hızlandırmak için triyaj uygulamaları sürekli olarak geliştirilmeli, her acil birime özgü özel gereksinimler belirlenmelidir. (Bracken 2003, Cronin and Wright 2005, Selfridge-Thomas 2001).

Triyaj Hemşiresinin Nitelikleri

Triyaj rolünün doğası, uygulayıcılar olarak hemşirelerin kararlar üzerinde etkili olmasını gerektirir. Tıbbi olarak özen gösterilmesi gereken öncelikli bireylerin kim olduğuna karar veren triyaj hemşiresinin kalite göstergesi, doğru ve hızlı ka-

rar vermesi, derin bilgi ve deneyim sahibi olması ile belirlenir. Triyaj hemşiresi, çoğunlukla karmaşık, talepkar, kalabalık, gürültülü ve yoğun stresli bir ortam olan acil birimlerde, etkilenmeden hızla öncelikleri belirleyebilmelidir. Ayrıca gelişmiş tanılama becerisinin, iyi bir görüşmeci ve organizasyon yeteneğinin olması, hastalıklara ilişkin kapsamlı temel bilgisinin ve hastanın aciliyeti ile ilgili gizli / açıkça görülmeyen ipuçlarını belirleyebilme becerisinin olması gerekmektedir (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Cronin and Wright 2005, Eley D et al. 2005, Gerdtz and Bucknall 1999, Selfridge-Thomas 2001).

Acil birimlerde hasta ve ailesinin karşılaştıkları ilk sağlık profesyoneli triyaj hemşiresi olduğu için, triyaj hemşiresinin iletişim kurma yeteneğinin gelişmiş olması esastır. Triyaj hemşiresi hasta ve ailesine sevecen ve insancıl bir yaklaşımla destek sağlarken, aynı zamanda değerlendirme verilerini yorumlayabilmeli, yanı sıra bireylerin kriz durumundaki tepkilerini sakinlikle karşılayabilmelidir. Bu tür yaklaşımlar, hasta ve ailesini psikososyal açıdan rahatlatırken, diğer taraftan hastane ve acil birimlerin toplumdaki imajına olumlu katkı sağlayacaktır.

Triyaj işlevinin karmaşıklığı nedeniyle Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nursing Association) triyajın, en az 6 ay acil hemşireliği deneyimi olan uzman bir hemşire tarafından yapılmasını ve bu rolün ileri düzeyde, alana özgü geliştirilmiş bilgi ve beceriyi gerektirdiğini vurgulamıştır (Bracken 2003).

Triyaj rolü için hazır olma kriterleri, her bir hemşireye, kuruma, triyaj sisteminin ayrıntılı/karmaşık olmasına, tanılama, klinik yargı ve karar vermede hemşirenin bireysel yeterliğine ve triyaj oryantasyon sürecinin niteliğine göre değişmektedir. Literatürde triyaj hemşiresinin bu role ilişkin güvenirliliğini ve etkinliğini yükseltmede, özel eğitim ve resmi/formal triyaj oryantasyon programlarının etkili olacağı belirtilmektedir (Cronin and Wright 2005, Newbary 2000, Olgun 1998, Selfridge-Thomas 2001).

Triyajda Kayıt

Triyaj sisteminde kayıt, yazılı ya da elektronik veri girişi ile yapılır. Triyaj kayıt işlemi, çoğunlukla acil hemşireliği kaydının ilkinin oluşturur. Yazılı kayıt/dökümantasyon aracı kapsamlı ya da basit hasta değerlendirmesinden oluşabilir.

Triyaj verilerinde standardı sağlayıcı bir diğer yöntem elektronik kayıttır. Bu yöntem tıbbi kayıtlar süresince veri akışını sağlayarak, bilginin tekrarlanma riskini elimine eder. Hastanın başlıca şikayetleri, görünümü ve durumunun ciddiyetine ilişkin, gerektiğinde görüntü alınarak bilginin sağlanmasını sağlar (Bracken 2003, Bucher 2004, Cronin and Wright 2005).

Hastanın Değerlendirilmesi

Triyaj sürecinin amacı, durumun ciddiyetini belirlemek için yeterli veri toplamak, acil gereksinimleri belirlemek, hasta ve ailesi ile dostça iletişim kurmak ya da uyum sağlamaktır. Bu kapsamda her hastaya özgü bakımın çatısını oluşturur;

- Veri toplama
- Tanılama
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirme, aşamalarını içeren hemşirelik süreci kullanılır (Bracken 2003).

• Veri Toplama

Herbir hastadan sistematik olarak hızla subjektif ve objektif verilerin toplanmasını içerir. Subjek-

tif veriler hasta ya da ailesi tarafından söylenen, objektif veriler ise, gözle görülen ve ölçülebilen bilgileri kapsar.

• Tanılama

Yaşamı tehdit eden gerçek ve olası sorunları belirlemek için veri toplama aşamasında elde edilen bilgilerin analizi ile gerçekleşir. Esas şikayete odaklı bir tanılama, uygun tedavi gereksinimlerinin belirlenmesi ve öncelikli bakım için gereklidir. Hasta ile ilk karşılaşıldığında (hastanede telefonda ya da hastane öncesinde) başlayan tanılama, hasta/yaralının durumundaki değişiklikleri saptamak için düzenli aralıklarla tekrarlanmalı ve içerdiği kriterler tüm acil hastalara uygulanabilir özellikte olmalıdır. Tanılama işlevi birincil ve ikincil tanılama olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir. Triyaj hemşiresi, acil birime başvuran tüm hastaları, 2-5 dakika içinde değerlendirir (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Bucher 2004, Cronin and Wright 2005, Selfridge-Thomas 2001).

Birincil tanılamada, triyaj hemşiresi hastanın yaşamını tehdit eden havayolu, solunum ya da dolaşım (ABC) ile ilgili majör riskleri tanımlarken, acil girişimleri başlatır ve hastanın uygun tedavi alanına transportunu sağlar.

Yaşamı tehdit eden acil bir durum yoksa triyaj hemşiresi, tanılama işlemine devam ederek ikincil tanılama aşamasına geçer. Triyaj hemşiresi hastanın şikayeti ile ilgili semptom ve belirtileri araştırmaya odaklanmalıdır. Hasta tanılama sistematik yaklaşımı içeren "PQRST" mnemonic/hatırlatıcı skalası örnek olarak verilebilir. (Bracken 2003).

Mnemonic / Hatırlatıcı Skala

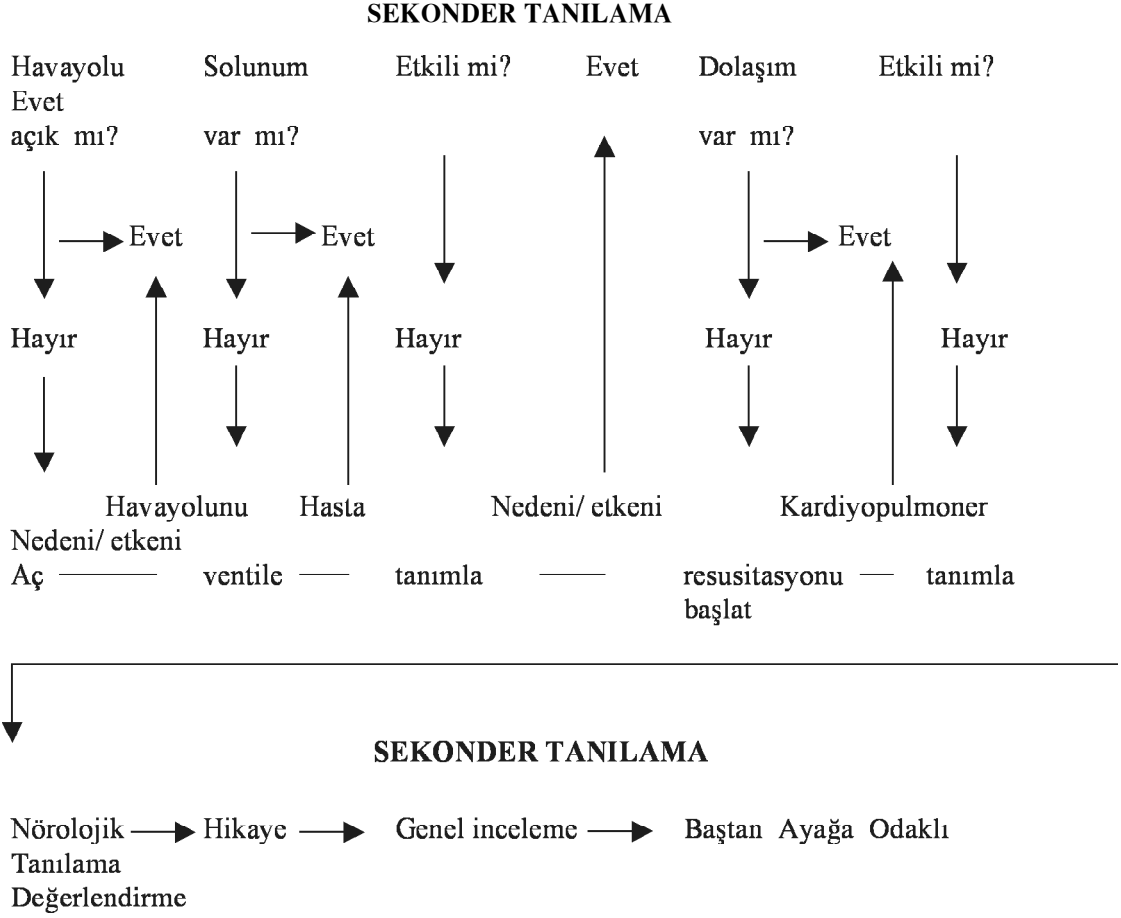
P (Provokes-Uyarıcı) >>>	Semptomu ne uyarıyor?
Q (Quality-nitelik) >>>	Onu daha iyi ne yapıyor?
	Onu daha kötü ne yapıyor?
	Onu nasıl hissediyorsunuz?
R (Radiation-Yayılm) >>>	O nerede? Nereye doğru yayılıyor? Bir ya da daha fazla noktada var mı?
S (Severity-Şiddet) >>>	O'dan 10'a kadar sıralandığında O'nın yok, 10'un çok şiddetli olduğunu düşünün, şikayetiniz. hangi skoru gösteriyor?
T (Time-Zaman)	Semptom ne kadar süredir var? Ne zaman başladı? Ne zaman bitti? Ne kadar sürdü? Gelip, gidiyor mu?

Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby, p. 81.

Temel şikayetler ve belirtiler ile ilgili yeterli bilgi sağlandıktan sonra, hastanın kullandığı ilaçlar, allerji, kronik hastalık, gebelik, tetanoz profilaksisi vb durumları kapsayan sağlık öyküsü alınır. Görüşme sırasında, yaşam bulguları, kilo ve diğer fiziksel değerlendirmeleri içeren objektif veriler, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskülasyon teknikleri kullanılarak, toplanır. *Dokunma*, kalp hızı, beden sıcaklığı ve nem; *koklama*, kokular (örn.keton, alkol), infeksiyon, hijyen; *dinleme*, öksürüğün niteliği, solunum sesleri (boğuk, stridor), ses tonu, mantıklı düşünce ve ifade şekline ilişkin bilgi verir. Yüz ifadesi, beden hareketleri, korku, deformateler, cilt rengi, kanama

miktarı, siyanoz, uygun giyinme ve bireysel hijyen gibi sözel olmayan göstergelerden, görsel olarak zengin bilgi elde edilir (Akyolcu 2001, Bracken 2003, Bucher 2004, Newbary 2000, Selfridge-Thomas 2001)

Doğru sorular sormada ve küçük ayrıntıları izlemede oldukça yetenekli olmaları gereken triyaj hemşirelerine bu süreçte, triyaj kuralları, protokoller ve algoritmeler yardımcı olur. (Şekil 1) (Selfridge-Thomas 2001). Bilgisayar programları da bilgi toplamada katkı sağlamaktadır. İleri görüşme becerileri, kapsamında bilgi almak ve vermek için, sözel ya da sözel olmayan yollar kullanılarak iletişim süreci desteklenir.



Şekil 1 : Primer ve Sekonder Tanılama Sürecine İlişkin Algoritm

Selfridge-Thomas J (2001). Management of clients in the emergency department. Black JM, Hawks JH, Keene AM (Eds). Medical-Surgical Nursing, Clinical Management for Positive Outcomes, 6th Bk & Cdr Edition., WB Saunders Company, Philadelphia, p. 2265.

Görüşme sırasında, hastadan toplanacak verileri netleştirmede açık (duygu ve algıları ortaya koyan) ve kapalı (evet/hayır gerçektir) sorular sormak yararlı bir yöntemdir. Refleks, sessizlik, kabul etme, onaylama, yorumlama, bilgiyi paylaşma, etkin dinleme ve özetleme, toplanan verilerin bir araya getirilmesini sağlayarak, her hasta için iyi bir sağlık bakımı kararı vermede etkili olur. Her hasta ve duruma göre hemşirenin tutumu değişir.

Yaş, cinsiyet, dil, konuşma, kültürel farklılıklar, hastanın gelişim düzeyi, sağlık durumu, ağrı, anksiyete, çevresel faktörler nedeniyle görüşmenin kesintiye uğraması, etkili iletişimi engelleyen faktörlerdir. Triyaj hemşiresi tanılama sürecinde, bu engelleyici etkenleri kontrol altına alamasa da,

en aza indirmek için çaba göstermelidir. Yakın ilgi, önemseyici tutum ve ilgiyle dinleme, hasta ve ailesinin triyaj hemşiresine güven duymasını sağladığı gibi kayıt tutulmasında kolaylaştırır. (Newbary 2000, Selfridge-Thomas 2001).

• Hemşirelik Tanıları

Akut gereksinimlerin belirlenmesi için, tanılama aşamasında toplanan bilginin analizi, hemşirelik tanılarını oluşturur. Triyaj hemşireleri, hastanın şikayetlerini ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek için geniş bir bilgiye sahip olmalıdır. Acil hastasında yetersiz triyajı önlemek için, aksi kanıtlanıncaya kadar varolan ya da ifade edilen durumun, ciddi bir durum olarak kabul edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Tanılama sonrası ilk hem-

şirelik tanısı formüle edilir ve ilk veri tabanı oluşturulur. Bu adımda, her hastaya ait hedefleri belirlemede, hemşirenin eleştirel düşünme becerisinin olması gerekir. Eleştirel düşünme, bilgi toplamayı, belleği ve deneyimleri kullanmayı, nedenleri akılcı bir temele oturtmayı, verileri disiplinli bir şekilde gözden geçirmeyi ve bu yolla hızlı ve doğru kararı vermeyi sağlar (Bracken 2003).

• Planlama

Planlama, beklenen hedeflere ulaşmak için belirlenen gereksinimler doğrultusunda, uygulamanın yönlendirilmesi olarak tanımlanır. Triyaj hemşiresi hastanın önemli sorunlarını ve acillik düzeyini saptayarak öncelikli bakımı belirler, tedavi alanını düzenler, diğer ekip üyeleri ile gerekli bilgileri paylaşır ve beklenen hedeflere ulaştıracak girişimleri planlar (Bracken 2003, Cronin and Wright 2005).

• Uygulama

Oluşturulan bakım planının gerçekleştirilmesi aşamasıdır. Bu aşamada hemşirelik girişimlerini başlatır, tanıya yardımcı işlemleri ve tedavileri uygular, hasta ve ailesine gerekli bilgileri verir, ek kaynakları harekete geçirir ve hastanın tıbbi kaydındaki tüm aktiviteleri (kırık tespiti, buz uygulaması, tetanoz aşısı, immun sistemin baskılanması ya da enfekte hastaların izolasyonu vb) rapor eder (Bracken 2003, Cronin and Wright 2005).

• Değerlendirme

Hastanın tedavi ve bakım girişimlerine olan tepkisinin yorumlanmasıdır. Triyaj hemşiresi protokollerle oluşturulan çerçeve kapsamında ve aciliyet durumunu göz önüne alarak, hastayı tekrar tanırlar; girişimlerin etkinliğini değerlendirir; bakım planını, beklenen sonuçları ve yeni oluşan ya da değişen hasta sorunlarını yeniden gözden geçirir (Bracken 2003).

Telefonla Triyaj: Bu uygulamada, gelişmiş ülkelerde, uzman hemşirelerin sorumluk aldığı özel şirketlere ait çağrı merkezleri, acil durumlarda, hasta ve ailesine, tıbbi bilgi ve önerilerde bul-

arak yardımcı olmaktadır. Telefonla triyaj hemşiresinin, özel görüşme ve yüz yüze görüşmede düşünülmeyen değişkenleri tanılama yeteneğinin olması gerekir. Bu nedenle telefonla triyaj yapan bir hemşire, hastaya en iyi şekilde yararlı olmak için protokollerle birlikte hızlı karar vermeli ve deneyimlerini kullanmalıdır. Ayrıca iletişim, yasal uygulamalar, öz bakım önerileri ve distres içinde olan hastaya emosyonel destek verme konusunda da becerili olmalıdır (Bracken 2003, Fortune 2001).

Özetle, bir sağlık bakım sisteminde, değişim ve gelişimi sürdürmede, önemli sorumluluklar üstlenen triyaj hemşiresi, acil durum deneyimleyen hasta ve ailesi ile ilk iletişime geçen, daha da önemlisi hastanın durumuna ilişkin alınacak kararlarda ve bağlı olarak sonuç üzerinde etkili olabilecek bir kişidir. Bu nedenle farklı değişkenlere karşın, triyaj işlevinin, profesyonel özelliklere sahip, üstün becerili ve deneyimli hemşireler tarafından yapılması, acil birimlerde verilen bakımın niteliğini olumlu yönde etkileyecek, etkin, güvenli ve ekonomik bakımın gerçekleşmesine ve hastanın yaşam süresinin yükselmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Akyolcu N (2001). Acil hemşireliğinde triyaj. *Acil Tıp Dergisi*, 1: 23-30.
- Bracken J (2003). Triage. Newberry L (Ed). *Emergency Nursing*. 5th. ed., St. Louis, Mosby, 75-83.
- Bucher L (2004). *Emergency Care Situations*. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds). *Medical Surgical Nursing*. 6th. ed., Vol 2, Mosby, 1845-1868.
- Cronin JG, Wright J (2005). Rapid assesment and initial patient treatment team- a way forward for emergency care. *Accident and Emergency Nursing*. 13: 87-92.
- Eley D et al. (2005). Triage nurse perceptions of the use, reliability and acceptability of the Toowoomba Adult Triage Trauma Tool. *Accident and Emergency Nursing*. 13: 54-60.
- Fortune T (2001). Telephone triage: an Irish view. *Accident and Emergency Nursing*, 9: 152-156.
- Gerdtz MF, Bucknall TK (1999). Why we do the things we do: applying clinical decision-making frameworks to triage practice. *Accident and Emergency Nursing*, 7:50-57.
- Heckman JD, Rosenthal RE, Worsing RA, McFree AS (1996). Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı: Hasta Taşınması

ve Triyaj. Çevirenler: T. Minkari, S. Perek, A. Perek, E. Yedidağ, M. Kapan, M. Paksoy, Türkçe Üçüncü Baskı, Nasetti Limited, İstanbul, 456-478.

Newbary L (2000). Emergency Care Situations. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds). Medical Surgical Nursing. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1958- 1976.

Olgun N (1998). Acil Bakımda Önceliklerin Belirlenmesi. Şelimen D (Ed). Acil Bakım. Çevik Matbaası, İstanbul, 64-73.

Selfridge-Thomas J (2001). Management of Clients in the Emergency Department. Black JM, Hawks JH, Keene AM (Eds). Medical- Surgical Nursing, Clinical Management for Positive Outcomes, 6th Bk & Cdr Edition., WB Saunders Company, Philadelphia, p. 2265.

Sözüer EM (1997). İlk ve Acil Yardım. Sözüer EM (Ed). Acil Yardım ve Travma El Kitabı. Feryal Matbaacılık, Ankara, 1-29.